

RELEXION ETHIQUE ENTRE CLINIQUE ET TECHNOLOGIE EN ANESTHESIE-REANIMATION

Par Marcel-Louis VIALARD

DEA 1992

INTRODUCTION

L'anesthésie-réanimation chirurgicale est apparue comme une des grandes découvertes de l'histoire des sciences médicales des deux cents dernières années.

La technologisation croissante de la discipline avive le souci de la dimension humaine de son exercice. En même temps, elle happe le médecin en ce qu'elle participe à sa valorisation aux yeux, non seulement, de ses confrères mais d'une partie de la société.

Insensiblement, l'aspect relationnel du travail a tendance à s'estomper et finalement, une fonction essentielle de la pratique médicale risque d'en pâtir, celle de l'observation du réel besoin du malade.

Cette modification de l'environnement dans lequel les anesthésistes - réanimateurs, tant au bloc opératoire qu'en salle de réanimation, en salle de réveil, en sas de déchoquage, et qu'à l'intérieur des véhicules de réanimation des SAMU-SMUR, a modifié le comportement de ces praticiens ainsi que leur appréhension du milieu et du malade.

Ils sont confrontés à une nouvelle approche de leur rôle et à des contraintes psychologiques auxquelles ils ne sont pas nécessairement préparés au long de leur 12 à 15 années d'études. De cette confrontation naissent un certain nombre de "conflits" qui intéressent le champ de la bioéthique.

DEFINITION DE LA QUESTION ETHIQUE

Les bienfaits qu'a apporté le développement de l'anesthésie-réanimation sont essentiels, puisqu'elle permet de limiter l'angoisse créée par tout acte chirurgical et d'atténuer, voire de vaincre, la douleur des opérés.

La volonté d'améliorer la qualité des soins en anesthésie-réanimation a toujours eu comme objectif d'augmenter et de garantir la sécurité offerte aux malades anesthésiés, de diminuer la morbidité et la mortalité péri-opératoire et d'offrir au patient opéré le plus grand confort possible.

Cette amélioration a été obtenue par la modification de la pratique de la discipline. Cette pratique fait appel non seulement à l'approche clinique du malade et de la maladie, mais également à l'approche technologique par l'utilisation d'un matériel technique hautement sophistiqué. Parmi les exemples les plus frappants est le glissement progressif de la notion clinique de "patient chaud, rose et sec" comme signes d'une bonne perfusion et d'une oxygénation tissulaire satisfaisante, vers la lecture directe de la saturation percutanée en oxygène mesurée par l'intermédiaire d'un simple capteur posé sur le doigt du malade. Le médecin peut ne plus observer directement le malade. A la limite, il n'aurait plus besoin de toucher le patient. Il pourrait simplement observer le chiffre affiché par le capteur. Cependant, ce système d'observation indirecte est beaucoup plus précis et permet un diagnostic beaucoup plus précoce d'un éventuel problème de perfusion ou d'oxygénation tissulaire. Il ne peut être question de l'abandonner.

Ce que l'on énonce clairement comme les objectifs premiers de l'anesthésie-réanimation est "limiter l'angoisse" et "vaincre la douleur". Ces buts avoués ont une licéité indiscutable à première vue. A la relecture, ils obligent à s'interroger sur la pluralité de fonction de ces objectifs. Certes, on limite l'angoisse du patient parce qu'elle n'a pas de légitimité au plan d'une réflexion humaniste et parce qu'il a été prouvé scientifiquement qu'elle peut être à l'origine d'une augmentation non négligeable de complications péri-opératoires. N'est-il pas cependant légitime de justifier également la volonté de sa suppression, en ce qu'elle a de retentissement sur le médecin lui-même ?

L'angoisse n'est-elle pas communicative ?

La peur qu'exprime l'autre est souvent génératrice de ma propre peur, d'autant moins tolérable, qu'elle est incontrôlable, puisque sa genèse m'est essentiellement extérieure d'une part et d'autre part que je peux être en partie, élément constitutif de son origine, donc source indirecte de ma propre angoisse.

L'anesthésiste-réanimateur est celui qui va rendre possible l'acte chirurgical, douloureux, voire mutilant. La quantité de souffrance que va devoir supporter le patient est fonction de la qualité non seulement au point de vue professionnel, mais aussi humain du praticien.

Renvoi obligatoire à sa propre compétence, potentiellement remise en cause, mais aussi à son aptitude à répondre à l'attente du patient.

Vaincre la douleur, au delà de la simple justification par le souci de compassion, ou de l'estime et du respect de l'autre comme personne sensible à "l'avoir mal", c'est aussi lutter contre sa propre confrontation à l'image de l'être souffrant. La souffrance de l'autre me renvoie à ma propre souffrance. Intolérable image de moi-même sur mon lit de douleur. Une solution à cette insoutenable confrontation de ce moi que je refuse peut être dans la "fuite" par le soulagement de la douleur de l'autre comme absolue nécessité.

Ainsi nos objectifs premiers sont également alibis, au-delà des magnifiques sentiments exprimés, emplis de générosité et d'altruisme qu'ils sont.

Un des enseignements de la psychanalyse n'est-il pas que le meilleur surgit du pire.

En fin de compte, ils ne pourraient être que recherche de ma non-souffrance, recherche d'une protection qui permet l'acte de soulager. En quelque sorte, d'un confort par le médecin, non seulement pour le malade mais aussi pour lui-même, lui rendant ainsi possible, la prise en charge du patient dans une ambiance plus sereine, plus dédramatisée, plus accessible à sa propre fragilité.

Y-a-t-il incompatibilité entre les différentes fonctions de ces objectifs ? La pluralité d'interprétations possibles de ces buts tels qu'avoués sont peut-être un début au "rendre possible" la communication entre le malade et le médecin.

La problématique soulevée est celle de la relation triangulaire "Malade - Médecin - Machine".

Parmi les questions que l'on peut se poser, il y a celle du sujet clinique. En d'autre terme, quel est le sujet clinique dans la pratique de l'anesthésie - réanimation ? Est-ce le patient, et lui seul à tout instant ? Est-ce la "machine" et elle seule à tout instant ? Sont-ce les deux, par intermittence ?

Si l'on admet comme définition du "sujet clinique" qu'il s'agit "du sujet de l'observation", force est d'admettre qu'à un moment donné le malade n'est plus tout à fait le seul sujet de l'observation.

En effet si l'on se réfère à la pratique courante le malade est sujet clinique dès le début de sa prise en charge par le médecin anesthésiste - réanimateur. Ce dernier l'accueille au bloc opératoire, et après quelques mots échangés, l'installe sur la table d'opération et le met en condition. Déjà la technologie intervient, mais elle n'est pas encore le sujet principal de l'observation. Lors de cette phase de préparation, il y a souvent dialogue entre médecin et malade, mots de réconfort ou encouragement, explications de dernières minutes.

Bien souvent la mise en fonction ou le recours à la machine sont expliqués ou justifiés au patient comme participant à une surveillance plus "pointue" capable de déceler ce que l'homme (le médecin) aussi attentif et soucieux soit-il, ne pourra observer qu'au prix d'un délai supplémentaire. Cet état de fait ajoutant à la sécurité.

Puis, c'est le temps crucial de l'induction anesthésique. Temps fort de la relation individuelle et privilégiée entre un patient qui, symboliquement, remet sa vie entre les mains d'un médecin, et l'anesthésiste qui accepte de prendre en charge la totalité des fonctions vitales du patient. Au-delà de l'image, le malade a laissé un autre que lui gérer un instant de sa vie qui lui échappe totalement. Le malade accepte symboliquement de "mourir" temporairement et de "ressusciter" secondairement de par l'action et sous le contrôle d'un homme dont les "pouvoirs" sont dans ce laps de temps d'ordre divin.

Le médecin anesthésiste a durant cette période une dimension de toute puissance. Il a seul pu plonger le patient dans un coma artificiel, sorte de mort mimée dont seul il le sortira. Le malade est alors objet clinique mais générateur d'une inquiétante étrangeté. Le médecin est confronté à la mort de son patient, qui même si elle n'est que mimée, n'en est pas moins imminente, possible à tout instant, à la moindre défaillance, à la moindre inattention. Le moment où le malade perd, au moins en partie, sa qualité de sujet clinique, est plus précisément celui du temps opératoire compris entre l'incision et la fermeture de la plaie opératoire. Dans cette période, du fait en partie de la moindre accessibilité du corps du patient, l'anesthésiste - réanimateur observera principalement les informations recueillies par l'intermédiaire des machines.

Dès la fermeture de la plaie chirurgicale et jusqu'au réveil, le patient va reprendre progressivement son statut d'objet clinique unique et centre de l'intérêt du médecin anesthésiste.

Au décours de l'anesthésie, on assiste à une évolution du sujet clinique. Au départ, le sujet de l'observation est le patient et l'observateur est l'anesthésiste-réanimateur. Ensuite, on constate un glissement pendant lequel le praticien reste observateur, le sujet de son observation n'étant plus le seul patient. La machine intervient et s'insère comme sujet clinique de l'observation du praticien mais, aussi comme observateur du patient. Le patient est alors sujet de l'observation de la machine, elle même sujet de l'observation du praticien.

Le patient voit son statut de sujet clinique direct se transformer en sujet clinique indirect. En d'autres termes, le sujet clinique se "modifie" en fonction des séquences de l'anesthésie. Sa forme change mais il reste toujours présent. A l'induction et au réveil il bénéficie seul de son statut alors que pendant l'acte opératoire, il devient sujet clinique du chirurgien et est en partie dépossédé de celui de sujet clinique de l'anesthésiste par le biais de la technologie.

A travers cette brève description de l'acte anesthésique, on perçoit la nette confrontation à la mort. Pendant la phase chirurgicale, la machine facilite la surveillance en déchargeant en partie le médecin d'une partie de sa tâche. Elle est refuge et facilité. Elle est également garantie de la qualité et de la sécurité de la pratique anesthésique, et par là, garantie de l'angoisse de mort, puisqu'elle saura, avant tout autre signaler toute anomalie pouvant aboutir au décès du patient. De ce fait elle vole la "vedette" au praticien en ce sens qu'elle est instrument tout puissant.

Le praticien prend sa revanche vis à vis de la technologie en la rendant, parfois, justificatrice de la non-relation médecin - malade. La machine devenue objet clinique au lieu et place du patient est rendue responsable de la déposition du malade de son statut de sujet d'observation. La machine, la technique sont en quelque sorte le bouc émissaire qui permet l'expression du "mal vivre", du "mal ressentir" et du questionnement du médecin.

L'anesthésiste-réanimateur se dit souvent seul. Il ressent cette solitude sans pouvoir pour autant l'expliquer clairement. Il sent le poids de sa responsabilité qu'il ne peut partager avec quiconque. Il sent sa puissance le dépasser et dépasser sa raison, à travers ses possibilités instrumentales et thérapeutiques. Il sait la peur provoquée par l'absence de véritable "garde-fou" qui l'empêcherait de commettre l'irréparable. Cette attitude peut se confondre avec celle de l'image d'un "médecin-dieu", au delà duquel, il n'est point de recours. Cette notion est génératrice d'angoisse.

Au delà de mon orgueil de toute puissance, suis-je apte à assumer cette insensée responsabilité ?

Ai-je le droit de croire en moi et en ma puissance à un tel degré ?

Où s'arrêtent mon pouvoir et mon droit ?

Qui suis-je pour défier aussi loin la nature et son ordre établi ?

La notion de toute puissance de l'anesthésiste est un problème d'ordre "moral" en ce qu'il effleure, symboliquement, une valeur ontologique, celle du pouvoir de l'Être sur l'Être de l'autre mais aussi, en ce qu'il frôle l'interrogation théologique sur la limite du pouvoir de l'homme sur lui-même et sur sa destinée.

En dehors de l'attentat ou de l'homicide, quelles possibilités possède réellement l'humain d'intervenir sur sa vie ou sur celle de son semblable ?

Ce type de problématique dépasse l'objet de ce travail.

Lors de l'entretien, alors que le soignant recherche le regard du patient, celui-ci détourne fréquemment les yeux, comme pour éviter ou se défaire de son angoisse.

La mort est mon alliée en ce qu'elle est quelque part justification de mon existence en tant que professionnel, est-ce acceptable ?

Quel est mon jeu avec elle ?

Et le malade dans tout cela ? Est-il objet ? Quelle est sa responsabilité ?

Pourquoi se défait-il de sa vie, de sa souffrance ou même de sa mort en me les confiant, renonçant ainsi à quasi toute prise en charge de lui même en ce domaine ?

Et la machine ? C'est parce qu'elle existe que je suis confronté à cette angoisse pesante. Avant elle, c'était la nature, voire dieu, qui décidait de l'instant de la mort, qui justifiait la souffrance ou pouvait après intercession ou non l'interrompre. Désormais, je me dois de participer, non seulement comme médecin, mais aussi comme homme, au déroulement de processus qui classiquement échappent à la raison et à la puissance de l'être humain.

La machine, malgré sa participation positive à ma propre rassurance et à celle du malade, en terme de sécurité, se retrouve accusée d'être déshumanisante. Or, s'il est vrai qu'elle nous impose un

questionnement différent, tant sur notre simple rôle soignant que sur un contrôle ou un pouvoir plus important de l'homme sur sa destinée, elle n'en reste pas moins un simple instrument. Peut-on rendre responsable un objet, création humaine, plus que l'Homme lui-même ?

La légitimité de cette question n'est-elle pas enfouie dans nos difficiles rapports à l'autre et au-delà de lui à nos outils ?

Ce qui est déshumanisant au sens du "au-delà de l'Homme" et non pas en tant que négation de ma condition humaine, dans cette situation de solitude, c'est le poids de la question éthique à laquelle nous sommes confrontés dans l'exercice médical de l'anesthésie-réanimation.

Pour résumer, la question éthique posée dans ce travail est celle de la relation médecin - malade - machine dans un environnement hautement technologisé.

En d'autres termes, quelle place pour l'interrogation éthique entre clinique et technologie en anesthésie - réanimation ?

Ce travail de réflexion à partir d'observations s'est voulu reposer sur l'idée exprimée par Françoise Brisset-Vigneau : "Avant la recherche, la loi, le droit, avant tout, il y a les hommes : le malade et le médecin."

METHODE

Le recours à la psychologie s'est trouvé, dans ce travail, justifié de par l'intrication de la perception que l'on a de son exercice quotidien et de son environnement. La part subjective du "ressenti" envahit l'analyse de la situation objective. La réalité de la question éthique et, peut-être, une partie de sa solution, se situe dans le fait que la technologie, en apparence, remet en cause, directement ou non, la position du médecin comme leader, comme dominant totalement l'acte anesthésique ou de réanimation.

Il s'agit d'un conflit de pouvoir entre l'homme et la machine d'une part et d'autre part d'un conflit "existentiel". Qui suis-je, si je ne sers à rien ? Quel est mon statut ? Celui du malade ? Celui de la machine ? La machine remplace-t-elle le médecin ?

Le détour par la psychologie permet une attention, non seulement à l'objet, mais aussi à ce qui se passe dans les marges de celui-ci.

La méthode devait donc permettre de faire ressortir les facteurs psychologiques mis en cause dans l'exercice de l'anesthésie-réanimation et qui amènent le praticien à être confronté à une réflexion éthique. La nécessité absolue étant de situer théoriquement la réflexion éthique révélée par le regard sur une pratique.

Si l'on part du postulat, que l'éthique ne peut être confondue avec l'idéologie, le recours à la psychologie, comme moyen d'exploration du "tenter dire" ou "de penser" les éléments de l'éthique trouvent, en lui, justification.

Si l'éthique n'est pas dogme, vérité absolue, partiellement ou totalement révélée, elle se doit, elle aussi, d'être interrogée comme production psychique, intéressée qu'elle est à notre rapport à "l'Idéal" mais aussi à notre narcissisme.

En quoi mon dire l'éthique est sous la dépendance de l'image que j'ai de moi-même, de ce qui fonde ma préoccupation propre et également la manière dont ma production psychique me permet de verbaliser ou de dessiner la transcendance de mon Être, de ma conduite et de ce que je considère comme "Bien" ou "Mal".

Il nous a fallu objectiver ce qui était directement sous l'influence de ma propre production psychique telle que définie ci-dessus, dans ce qui construit ma réflexion puis mon discours, c'est-à-dire dans ma pratique quotidienne. Cette participation du subjectif à la construction de mon discours a du être mis en évidence de façon à être le plus clairement possible identifiée comme tel. Ensuite les éléments subjectifs repérés, il a été possible d'identifier les marqueurs objectifs constitutifs du discours et de la réflexion éthiques qui nous intéressaient au premier plan.

Pour rendre l'argumentation la plus objective possible, nous avons basé les éléments de la discussion sur une observation fidèle du déroulement quotidien de la pratique d'un médecin anesthésiste-réanimateur.

La méthode utilisée a emprunté à l'auto-observation décrite par Sigmund Freud dans son "interprétation des rêves". L'intérêt de cette méthode résidait en ce qu'elle permet une plus grande attention aux perceptions psychiques si l'on s'assure de la répression de la critique lors de la prise de note.

Freud a fondé sa méthode sur deux convictions.

La première était qu'à ses yeux :

" interpréter un rêve signifie indiquer son "sens", le remplacer par quelque chose qui peut s'insérer dans la chaîne de nos actions psychiques, chaînon important semblable à d'autres et d'égale valeur" .

La seconde était que : " Le rêve a un sens, mais un sens caché, qu'il se substitue à un autre processus de pensée, et qu'il n'est, pour comprendre ce sens caché, que de savoir exactement comment s'est faite la substitution " .

La qualité scientifique de l'auto-observation, Freud la justifiait et l'exprimait par les arguties suivantes :

" Il faut obtenir une plus grande attention à ses perceptions psychiques et la suppression de la critique, qui ordinairement passe au crible les idées qui surgissent dans la conscience...

Il faut observer et communiquer tout ce qui vient à l'esprit, qu'il se garde bien de refouler une idée parce qu'elle lui paraît sans importance, hors du sujet ou absurde... "

" L'activité psychique est plus intense pendant la réflexion que pendant l'auto-observation même la plus attentive...

Dans l'auto-observation, le seul effort à faire est de réprimer la critique ; quand on y est parvenu, quantité d'idées, qui, sinon, seraient demeurées insaisissables, surgissent à la conscience."

" Une idée peut paraître, considérée isolément, sans importance et en l'air, mais elle prendra parfois du poids grâce à celle qui la suit ; liée à d'autres, qui ont pu paraître comme elle décolorées, elle formera un ensemble intéressant.

L'intelligence ne peut en juger si celle-ci ne les a pas maintenues assez longtemps pour que la liaison apparaisse nettement.

La somme d'énergie psychique libérée par la chute de l'activité critique et utilisée pour l'auto-observation varie selon le thème, objet de l'attention.

Il faut diriger l'attention non pas sur le rêve considéré comme un tout, mais sur les différentes parties de son contenu."

Il s'agit en fait d'une analyse en détail et non en "masse".

Telle que décrite par Freud, la méthode d'auto-observation peut favoriser la mise en évidence des éléments participatifs à notre questionnement et aux éventuelles réponses apportées. L'analyse de nos observations a eu comme préoccupation première l'objectivation de ce qui était du champ subjectif pour le séparer de ce qui était du champ objectif.

Le principe de l'auto-observation retenu, il faut définir ce qui a été le sujet de l'observation.

Au regard de la problématique, telle que nous l'avions posée, il existait au moins trois sujets cliniques potentiels qui étaient le patient, le médecin et la machine, à côté desquels se trouve la relation entre ces trois acteurs. En se référant à la tentative de définition du sujet clinique de nos observations, force était de constater qu'il existait un mouvement de celui-ci. Il était le malade, puis la machine comme observateur indirect du patient, pour redevenir enfin le malade. Il apparaissait licite, dès lors, d'observer la pratique dans ce qu'elle avait de globalisante et non pas le médecin, la machine ni même le patient pris isolément. Autrement dit, observer la pratique en ce qu'elle était génératrice du "conflit" qui ouvrait le champ de notre interrogation éthique. L'énergie étant consacrée à la perception de ce qui était événement prévu ou imprévu dans l'espoir de mettre en exergue ce qui initiait objectivement la question ou les éléments de réponses.

C'est l'analyse des éléments révélés par l'observation de la pratique qui a objectivé ce qui caractérisait les relations complexes en présence dans le champ de notre investigation.

On peut encore discuter l'utilisation, même "adaptée" de l'auto-observation, en ce qu'elle prétend porter davantage sur une pratique que sur un acteur. La pratique étant la résultante des actions concomitantes des trois acteurs, elle peut être considérée comme une entité "artificielle" certes, mais néanmoins signifiante des relations entre ces trois entités réelles. Nous considérons ainsi pouvoir justifier sa qualité d'objet d'une auto-observation "aménagée".

Puisque l'objet de mon observation a été ma pratique quotidienne, en ce qu'elle était crédible, il fallait une écoute du perçu en soi, du perçu chez l'autre. L'analyse de ma pratique me donnait un autre regard sur ce qu'elle était réellement, voire objectivement.

Cela passait par une prise de note au plus près de cette écoute et de ce regard. L'idéal aurait été de colliger scrupuleusement toute idée, tout ressenti, à l'instant même de son apparition. Cela n'a pas été possible dans le contexte d'une pratique de l'anesthésie-réanimation quotidienne, car celle-ci ne peut permettre de libérer toute l'énergie nécessaire à l'objectivité du recueil des idées et perceptions.

En effet, au moment même de l'événement, en même temps que j'observais, mon esprit était à ce que je faisais. Je ne pouvais m'extraire de l'acte que je réalisais sans risque pour le patient.

Dans une telle situation, il n'était possible d'avoir qu'une attitude partielle d'auto-observation.

Mon écoute ne pouvait qu'emprunter à l'auto-observation comme l'entendait Freud, en ce sens que dans la réalité je ne pouvais observer qu'a posteriori.

Ce que l'on a cherché, était en quelque sorte, un relevé de faits concrets à partir desquels l'analyse permettrait de donner corps et esprit à la réflexion éthique que nous voulions mener.

Il nous est apparu plus pragmatique de recourir à la rédaction, a posteriori, d'un cahier d'observation, le lendemain du jour de l'observation. Ces observations ne devaient pas être dominées par des précisions médicales ou techniques, afin de ne pas masquer ce que l'on cherchait à objectiver, à savoir ce qui constituait et caractérisait la relation malade - médecin - machine.

A partir de ces observations de faits réels, sorte de "cas cliniques", l'objectif était celui d'une analyse objectivante qui devait dans un second temps être complétée et, dans la mesure du possible, singularisée par rapport au champ éthique.

Par analyse objectivante, nous voulons dire que d'un événement observé, après analyse de sa description, de son rapport et de ce qu'il amène comme idées, questions ou éléments de réponse, il y a possibilité de mettre à jour ce qui est constitutif non seulement de la problématique mais aussi de l'interrogation éthique.

Une fois colligées, les informations descriptives de la pratique, il s'agissait de faire un classement par thèmes. Ce qui concernait le seul ressenti du praticien (sa peur, son stress, son sentiment de puissance ou d'impuissance. Ce qui concernait le ressenti du patient (son angoisse, son abandon, sa volonté ou sa non-volonté). Ce qui concernait la confrontation des deux d'où pouvait naître une "confrontation" d'ordre éthique (par exemple, le refus d'endormir tel patient ou de lui imposer telle ou telle technique). Enfin ce qui concernait la machine ou la technologie comme refuge, comme garantie, comme interrogation voire comme moyen de résolution du "conflit" éthique.

Ainsi se profilait implicitement deux grilles d'analyse de nos reconstructions d'observation. L'une "objectivante" dont la particularité était de décrire, un peu comme le fait l'ethnologue. L'autre, plus proche de l'auto-observation de Freud dont la particularité était de faire place essentiellement au ressenti du malade ou du médecin.

Par classement par thèmes, il faut entendre une tentative de mettre en regard, afin de les confronter, le malade, le médecin et la machine. Ceci étant, ce qui fait le lien entre les trois intervenants restait ma subjectivité, qu'il fallait savoir repérer pour garantir au mieux l'objectivité de l'analyse.

Notre exercice de l'anesthésie-réanimation recouvrant l'anesthésie, la réanimation chirurgicale, le traitement et la prise en charge de la douleur aiguë et des urgences chirurgicales, nous avons limité notre étude à ces seuls volets de la discipline.

Ont donc été exclus de notre investigation tout ce qui concernait la réanimation extra-hospitalière et la prise en charge de la douleur chronique.

La réflexion éthique se trouvait ainsi abordée par le détour de la description (observation), de l'ordonnement (classification) des différents éléments intervenants et de la reconstruction d'un discours (analyse) avec comme axe permanent, la problématique éthique de l'exercice médical de l'anesthésiste-réanimateur.

DISCUSSION

Nous ne reviendrons pas sur la justification du recours à la psychologie, si ce n'est pour affirmer que les arguments que nous avons énoncés dans la première partie du chapitre "Méthode", ont été confirmés par les résultats de l'analyse. Ce étant, il faudrait confronter les résultats que nous

proposons avec ceux d'autres praticiens et approfondir l'analyse par le recours à un psychanalyste étranger à l'observation.

En effet la complexité de la relation médecin / malade dans l'exercice de l'anesthésie-réanimation fait intervenir non seulement ces deux derniers acteurs et la technologie comme nous le supposions mais subit également l'influence des entourages du malade et du médecin.

D'une relation tripartite présumée, nous avons abouti à une relation multipartite où des acteurs extérieurs ajoutent à la complexité de cette situation.

Entre le malade et le médecin, il y a donc la technologie avec les questions qu'elle pose et les réponses qu'elle apporte. Mais si cette dernière réussit à interférer sans trop gêner l'intimité de la relation duale classique, voire même à faciliter celle-ci, la présence des tiers la parasite bien plus.

C'est le recours à la psychologie qui a pu permettre cette mise à jour, en nous autorisant à aller au-delà de notre propre subjectivité.

La méthode utilisée qui empruntait à l'auto-observation, nous a permis de sérier les fonctions psychologiques de chacun des acteurs notamment des appareils et de la technologie. Elle nous apparaît comme ayant, au moins partiellement, répondu aux objectifs que nous lui avons fixé.

Au-delà de leurs fonctions propres, elle nous a permis également de percevoir, au moins en partie, les interrelations qui les unissaient ou les séparaient.

Ces différentes fonctions psychologiques et leurs interactions caractérisent la relation médecin / malade dans l'exercice de la spécialité étudiée en ce qu'elle a de complexe non seulement de par sa confrontation à la technologie mais aussi aux tiers.

A propos des tiers, une remarque peut être faite. Parmi tous les acteurs ayant pris une part active dans la relation malade / anesthésiste, le chirurgien ne transparait pas. Ce constat n'est pas réellement étonnant en ce qui concerne l'observation n°1 puisqu'elle concerne une activité de réanimation où le chirurgien n'intervient a priori pas. Pour l'observation n° 3, il en est de même puisqu'il s'agit d'une activité d'analgésie. Pour l'observation n° 4, le chirurgien intervient mais en dernière intention lorsque l'essentiel de la relation s'est déroulée. Il apparaît, là encore logique qu'il n'interfère pas dans celle-ci. Il en va autrement dans l'observation n° 2, où le malade est pris conjointement en charge par deux médecins, l'un chirurgien, a priori en position dominante puisqu'il est celui à qui le patient a été adressé en premier, l'autre l'anesthésiste qui n'intervient que pour une séquence du processus thérapeutique. On constate que dans notre analyse, le chirurgien est absent comme élément interactif dans la relation étudiée. Il est à peine évoqué. En tout état de cause, ce phénomène ne met aucunement en jeu la relation chirurgien / malade qui est et reste une relation parallèle à celle de l'anesthésiste et du malade sans qu'il y ait télescopage des deux. Il s'agit en fait de deux relations bien différenciées qui reposent sur deux "contrats tacites" différents. Le malade est en relation avec le chirurgien pour ce qui concerne l'acte chirurgical et avec l'anesthésiste pour ce qui concerne l'acte anesthésiologique. On peut probablement expliquer ce phénomène par l'indépendance réciproque et totale des deux spécialités qui participe à rendre une collaboration aussi étroite que des actes concomitants sur un même malade, efficace et source de garantie pour le patient.

La méthode retenue, nous a permis à travers l'éclairage des analyses successives d'énoncer ce qui caractérise au plan psychologique l'exercice de l'anesthésie-réanimation.

Pour répondre à la question posée, il nous faut singulariser les éléments relevés du point de vue de l'éthique.

Dans un premier temps, nous nous sommes livrés à une synthèse, acteur par acteur de l'événement, de ce qui constitue la participation de chacun d'entre eux à la problématique éthique.

Le malade est censé, à l'évidence, être le sujet principal, voire unique, de préoccupation de tous les intervenants.

Le malade participe à l'interrogation éthique en ce qu'il pose le problème de sa souffrance et de la réponse qu'il attend. Il confronte également à sa mort et à la façon dont les autres acteurs y participent activement ou passivement.

Le malade est source d'angoisse aussi bien pour le médecin que pour les tiers (proches ou soignants). Il veut que l'on respecte sa personne dans son intégralité. Dans le même temps, il s'abandonne aux autres comme s'il gardait son énergie pour maintenir sa vie relationnelle voire sa vie tout court.

Il transfère vers le médecin et les tiers les interrogations et les décisions, même s'il exprime le souhait d'un droit de regard permanent sur ce qui le concerne.

Il est source de conflit en ce qu'il ne peut toujours exprimer clairement sa volonté. Se pose, indirectement ici, la question du qui peut décider. La famille, le médecin ou les soignants ont-ils légitimement le droit de décider. Ils sont investis d'un pouvoir qu'ils n'ont pas cherché à obtenir.

Le malade est victime aussi en ce qu'il subit le retentissement de sa maladie ou de son état provoqué chez les autres. Il craint de n'être l'objet de toutes les attentions de ses proches et du médecin. Le patient demande l'aide des autres, mais souhaite en même temps rester maître de son destin. Il est confronté à son désir de mourir pour mettre un terme à ses souffrances et à son désir tout aussi fort de vivre.

Il demande indirectement au médecin de lui éviter la confrontation à sa propre image détériorée mais, le plus souvent sans lui prendre trop de temps sur sa vie restante.

Le malade exige beaucoup du médecin, des soignants et de ses proches sans pouvoir s'interroger sur leurs aptitudes à répondre à ses demandes, pris qu'il est par sa propre souffrance et sa crainte d'une mort possible et à l'échéance rapprochée. A travers eux, c'est la société qu'il interpelle.

Le patient recourt à la technologie comme moyen d'aide aux tiers et au médecin à répondre à ses attentes comme s'il voulait les protéger de ce qu'il sait être une demande difficilement accessible. Il participe à la complexification de sa relation avec le médecin.

Le médecin est celui qui est de principe confronté à l'interrogation éthique. Le rôle qui lui est attribué, est lourd de conséquence, il est symbole de savoir, de rassurance et objet de toute les sollicitudes.

Le médecin est aussi soumis à ses propres limites, à ses propres interrogations. Il est comme le malade enfermé dans ses convictions philosophiques et religieuses, même quand il prétend ne faire participer à ses actions ou décisions, sa seule connaissance médicale et l'intérêt du malade. Il ne peut gommer de lui et donc de son agir et de son dire ce qui le caractérise et le singularise. Son exercice et donc sa réponse à la demande du patient ou des tiers sont soumis au poids de son intimité et donc de ses références.

Le médecin est confronté de façon obligatoire au conflit éthique, même s'il utilise tous les moyens de fuite ou de protection dont il dispose. Il est intimement lié dans son fonctionnement à la technologie qu'il utilise comme assistant. Assistant qui cache, qui protège, qui permet, qui facilite, qui cautionne, qui remplace et assume, ...

Sa fuite n'est jamais complète, car la décision finale n'appartient qu'à lui même si la technologie est un des facteurs, associés au malade et aux tiers intervenants, l'aide à prendre et à assumer ses décisions et actes.

Le médecin est, in fine, seul au sein d'une foule d'acteurs. Mais ces "Autres", ne sont-ils pas également confrontés à cette même solitude ? Le malade n'est-il pas seul à connaître sa réelle souffrance ? N'en est-il pas de même pour les tiers ?

L'éthique intervient ici en ce qu'elle doit permettre un agir collectif issu de vécus et d'agir isolés et se télescopant, sachant que les intérêts de l'un sont souvent contradictoires avec ceux des autres.

La mort et le mourir reviennent, comme inéluctables, dans nos observations. Ces deux entités renvoient à la question de l'image sociale de la mort et du mourir. C'est aussi en cela que le champ de l'éthique est à nouveau entre-ouvert.

Autre problème intéressant la réflexion éthique, celui de l'échec thérapeutique ou du non-guérir. La médecine aussi technique et sophistiquée qu'elle soit, ne peut donner réalité au rêve ancestral d'éternité. En fait est-ce le fantasme d'éternité ou celui de non-mort voire du non-vieillir qui est sous-tendu ? Non-vieillir en ce qu'il serait signifiant de garder à jamais sa beauté, sa fraîcheur, sa vivacité intellectuelle ou physique, ...

Les tiers participent à l'interrogation éthique en ce qu'ils se positionnent comme protecteurs ou représentants du malade.

Ils prétendent pouvoir dire en lieu et place de celui-ci. Ils se drapent d'une légitimité découlant de leurs liens de sang ou de sentiments pour les proches du malade, ou de leur expérience, de leur vécu pour les autres. Ils se substituent au patient en oubliant de référencer leur intervenir à leur propre subjectivité. C'est en terme d'éthique qu'ils pensent interpeller le médecin ne différenciant pas toujours ce qui est du domaine de leur morale personnelle et ce qui est du domaine de la réflexion sociale globalisante sur le pouvoir faire, pure signifiante de l'éthique.

Quelles garanties offrent-ils pour légitimer que leur dire et leur agir soient conforme à ce que le patient aurait dit ou fait ? Cette question s'adresse identiquement au médecin.

Il faut pourtant qu'une décision soit prise, qu'un acte soit posé. Il y a donc, au delà de la confrontation obligée, nécessité de trouver un consensus qui autorise la réalisation d'un acte finalisé qui convienne à chacun des participants à l'événement.

Les tiers, tout comme le malade et le médecin participent à la complexification de la relation en s'immisçant avec ou sans précaution en son sein, et en y introduisant également la technologie.

Ils subissent, comme tous, l'angoisse générée par la situation à laquelle ils sont confrontés.

Comme les autres acteurs, ils sont prisonniers de leur subjectivité, de leur histoire et bien entendu de leurs références culturelles, philosophiques et religieuses.

La technologie, souvent perçue et décriée comme déshumanisante, n'en n'occupe pas moins une place prépondérante dans la relation malade / médecin. Au cours de notre analyse, nous avons pu démontrer que la "machine" devenait véritable sujet clinique au sens psychologique du terme. Elle possède des fonctions psychologiques non négligeables. Elle intervient nettement dans le processus de l'interrogation éthique. Elle confronte à la réalité situationnelle, elle pose problème mais participe également à l'apport d'éléments de réponse adaptés et est facilitatrice.

Elle s'impose comme interlocuteur actif en ce qu'elle aide le médecin à dire, à faire et à décider. Elle est également utilisée par l'ensemble des intervenants comme amélioratrice de leur communication. Elle décharge le médecin de sa participation au faire ou à l'aider mourir. Elle est rempart, sorte d'"homme de main" qui effectue les sales besognes tout en valorisant l'action du médecin.

Elle intervient également dans le champ éthique en ce qu'elle est utilisée comme justificatrice du "conflit d'intérêts" en présence. Chacun l'utilise, malade, médecin et tiers, en ce qu'elle leur apporte soutien, réconfort et exutoire. Le comportement des uns et des autres lui donne quasiment un statut de personne.

On lui attribue des vertus salvatrices et de garanties. Bien qu'assimilée à une personne à part entière, elle n'en reste pas moins l'objet de toutes les utilités. Elle permet à tous la confrontation éthique, en ce qu'elle est source de moyens et de solutions aux conflits.

Elle participe à la propre rassurance des acteurs en ce qu'elle partage leur impuissance face à la mort.

Ce qui est mis à jour comme essentiel est l'omniprésence du questionnement éthique dans la pratique de l'anesthésie-réanimation.

En effet, la confrontation à la mort et donc aux conditions de fin de vie avec sous tendue, l'interrogation sur une possible euthanasie active ou passive, revient régulièrement dans ce type d'exercice.

La confrontation à son pouvoir de vie et de mort donc à sa responsabilité ultime, non seulement vis à vis du malade, des tiers intervenants, mais aussi vis à vis de la société, occupe une place non négligeable.

Dans le refus qu'elle a de se préoccuper de la mort et de la souffrance, les considérant comme des éléments d'impudeur qu'il lui faut occulter, la société se décharge sur le système de santé en général et les médecins en particulier de la gestion de cette problématique qu'elle ne peut ne sait ou ne veut assumer. Nonobstant cela, elle s'arroge un droit de regard, sous prétexte de garantir le bien fondé des décisions prises et mises en application. Cette prétention, pour légitime qu'elle soit, devrait l'obliger à s'impliquer sur la forme et le fond du problème. Nul n'imagine, qu'un juge puisse prétendre rendre une décision sur un dossier si celui-ci n'a pas été instruit et n'a pas été soumis à un débat contradictoire.

La défaillance de la société à ce niveau est au coeur du débat éthique imposé au médecin, au malade et à leurs entourages. La technologie intervient comme médiateur, sorte de moyen pour eux de tenter d'assumer au mieux leurs responsabilités réciproques.

Autre source d'interrogation éthique pour l'anesthésiste, la demande d'information sur le diagnostic, le pronostic formulé par le patient ou parfois par les tiers.

Cette situation est typiquement représentative du non-dire des médecins intercurrents dans la prise en charge. Ce que n'a pas dit (n'a pas voulu dire, n'a pas pu dire, ou n'a pas su dire) le chirurgien, le généraliste, ou le cancérologue par exemple, sera redemandé à l'anesthésiste. Or le dire de l'anesthésiste est intimement tributaire du dit ou du non-dit de ses confrères. Il est soumis à la retenue imposée par la déontologie. Son a priori est d'interpréter la non-révélation de ses collègues comme le témoignage d'une possible considération de leur part de la non-capacité du malade ou des tiers à entendre la sentence, ou plus simplement d'une fuite qu'il souhaite partager.

Il s'agit donc de la confrontation au problème de l'information du malade. Autant il paraît évident voire indiscutable que celui-ci a comme droit absolu de tout connaître sur ce qui le concerne, autant nul ne peut nier les retentissements d'une annonce faite sans avoir tenu compte de la réelle demande du patient, de son vécu et de son aptitude à supporter un verdict qui le condamne.

Là encore la technologie est utilisée par les uns et les autres comme un alibi. L'un s'en sert comme moyen d'interrogation, l'autre l'utilise comme moyen de justification ou de refuge, enfin d'autres lui confient la mission d'interpellation de celui qui sait a priori plus ou mieux.

Toujours dans le même ordre d'idée, il ne faut pas perdre de vue le fait que la demande du patient est, elle-même, complexe, duale, voire contient les pires contradictions. "Dites-moi tout, mais surtout je ne veux pas entendre n'importe quoi. Ce qui m'intéresse est ce que je veux que l'on me dise. Mais je ne sais pas vraiment ce que je veux entendre."

Jeu ambigu avec la vérité. Cela est également vrai pour les tiers et le médecin. Seule la machine échappe à ce jeu même si elle peut faussement rassurer. Si la machine est source de mensonge ou d'omission, ce n'est pas de son fait mais de celui de l'interprétation que l'on donne aux informations qu'elle livre ex abrupto.

Le médecin doit au malade, qui lui offre sa confiance tout en se déchargeant sur lui, de répondre sinon parfaitement et intégralement à sa demande, au moins la meilleure des possibilités qui lui est offerte par ses connaissances et ses qualités humaines. Il est confronté dès lors à la difficulté de sa nécessaire protection, comme s'il devait en permanence être extérieur à l'événement dont il est, cependant, un des acteurs principaux.

Ne s'agit-il pas d'une confrontation d'égoïsme. Ma vie, mon confort, mon bien vivre la situation sont ce que je me dois de privilégier. Renvoi obligatoire vers l'altruisme que la société exige du médecin.

La société a tendance à imposer la guérison aux médecins. Une fois encore, elle refuse. Elle refuse la maladie, la mort comme constituants à part entière de son corps. Cela interroge immédiatement sur la notion d'utilité voire de rentabilité de tout sujet social.

Le médecin, dans cette logique, devrait être le fantassin qui permet de maintenir tous les individus dans leur rôle social propre. Chimère que cela, le médecin n'est pas dieu, sa puissance n'est que relative, sujette à la réalité de la condition humaine. La société ne se gêne d'ailleurs aucunement pour le lui rappeler par l'intermédiaire de ses médias et de son appareil judiciaire.

Le refuge du médecin à l'abri de la déontologie ne le protège que de cette exigence par trop déraisonnable. Il ne l'aide pas ou prou à résoudre les conflits éthiques auxquels il est constamment ramené.

Les tiers participent également à tous ces phénomènes interrogateurs, en ce qu'ils souffrent également et de ce fait sont demandeurs d'une prise en charge au moins partielle, en ce qu'ils représentent de façon concrète la société et qu'ils se positionnent comme légitimes représentants du malade.

Ils ajoutent à la complexité de la situation au plan éthique avec leur propre confrontation, leur propre besoin de protection.

Et la technologie dans tout cela ?

En quoi participe-t-elle et interfère-t-elle avec le champ éthique ?

Elle joue essentiellement le rôle de révélateur et de clé de réponse à des situations conflictuelles.

Quelle réponse donner à notre question ?

L'éthique est bel et bien interpellée de façon régulière au cours de l'exercice de l'anesthésie-réanimation. Ceci n'est pas pour nous étonner dans la mesure où il s'agit avant tout d'une relation humaine qui met en jeu des décisions touchant de près la vie, la mort, la souffrance, la dignité et les droits de la personne humaine.

Cette interpellation éthique est multifactorielle. Il y a le malade, le médecin, les entourages avec ce qu'ils ont les uns et les autres comme interrogations et problématiques. Il y a aussi la technologie qui si elle est, au sens psychologique du terme, sujet clinique, n'en reste pas moins un intermédiaire simplifiant et à la fois complexifiant la pose et la résolution des problèmes éthiques rencontrés.

Actuellement ce type d'exercice médical passe obligatoirement par la technologie. Mais ce passage obligé n'en élimine pas pour autant l'aspect clinique donc l'aspect humain.

Ce qui prime d'après notre analyse, ce sont les hommes. Notre étude donne raison à Françoise Brisset-Vigneau lorsqu'elle écrivait " Avant la recherche, la loi, le droit, avant tout, il y a les hommes : le malade et le médecin". Tout au plus faut-il rajouter les tiers.

Elle donne également raison à Simone Novaes et col lorsqu'ils affirment que la science, la technique et leurs avancées apportent des données qui modifient la compréhension et l'appréhension de la notion de personne. Nous avons pu montrer que la technologie omniprésente dans l'exercice de l'anesthésie-réanimation permet de par son interactivité avec les acteurs de la situation, une approche et une résolution facilitée des problématiques éthiques.

A la relecture du postulat de départ et de l'analyse menée, on constate que l'imaginaire, exprimé entre autre dans le discours sur le ressenti et dans l'élaboration de la question, occupe une place importante. Ce étant, cette place perd de sa valeur dès lors que les mécanismes psychologiques sont démontés et traduits. A l'imaginaire succède un discours débarrassé au moins en partie de sa subjectivité.

Avant toute conclusion, il est nécessaire de garder présent à l'esprit que tant dans l'observation que dans l'analyse et la discussion, il ne peut être prétendu que le rédacteur ait pu, à tout instant et totalement se débarrasser de sa propre subjectivité.